

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**DEPARTAMENTO DE PRÓTESIS**



**Calidad de vida y condición de salud bucal de pacientes con  
sobredentadura implanto-retenida, rehabilitados en la Facultad de  
Odontología de la Universidad Complutense de Madrid entre 1997 y 2010**

**Trabajo de fin de Master Oficial en Ciencias Odontológicas**

**Presentado por: Arelis Preciado Uribe**

**Tutor:**

**Dr. Jaime Del Rio Highsmith**

**Madrid  
2011**

## AGRADECIMIENTOS

Al Profesor ***Dr. Jaime Del Rio Highsmith***, por abrirme las puertas del departamento de prótesis, y brindarme todo su conocimiento para direccionar este trabajo.

A la Profesora ***Dra. Raquel Castillo De Oyagüe***, por su constancia en todo el proceso de esta investigación.

A los miembros del departamento de prótesis (Clínica de Implantoprótesis) de la Universidad Complutense de Madrid, por ser un gran equipo de trabajo.

A mi familia, en especial a mi esposo por ser mi apoyo incondicional, y mis hijas por ser la luz de mi vida.

<b>ÍNDICE</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>1. RESUMEN.</b>	<b>1</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN.</b>	<b>2</b>
<b>3. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.</b>	<b>8</b>
3.1. Justificación.	8
3.2. Objetivo.	10
<b>4. MATERIALES Y MÉTODOS.</b>	<b>11</b>
4.1. Población de estudio.	11
4.2. Criterios de inclusión y exclusión.	12
4.3. Material utilizado.	12
4.4. Definición de las variables.	14
4.4.1. Variables demográficas.	14
4.4.2. Variables relacionadas con la sobredentadura.	16
4.4.3. Variables clínicas.	16
4.4.4. OHIP-14sp.	18
4.5. Análisis de la información.	19
4.6. Comunicación de los resultados.	20
<b>5. RESULTADOS.</b>	<b>21</b>
<b>6. DISCUSIÓN.</b>	<b>34</b>
<b>7. RELEVANCIA CLÍNICA Y PERSPECTIVAS FUTURAS.</b>	<b>37</b>
<b>8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.</b>	<b>39</b>

<b>9. CONCLUSIONES.</b>	<b>40</b>
<b>10.RECOMENDACIONES.</b>	<b>41</b>
<b>REFERENCIAS.</b>	<b>42</b>
<b>ANEXOS.</b>	<b>46</b>
<b>ANEXO A.</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO B.</b>	<b>48</b>
<b>ANEXO C.</b>	<b>51</b>

## 1. RESUMEN.

**Introducción:** El estado de la salud bucal, en particular cuando se usa sobredentadura implanto-retenida, afecta el bienestar físico, psicológico y social de la población adulta mayor, influyendo en su calidad de vida; lo cual puede ser corroborado mediante el uso de cuestionarios como el *OHIP-14*.

**Objetivo:** La finalidad de este trabajo fue relacionar la condición de salud bucal con la calidad de vida de pacientes con sobredentadura implanto-retenida.

**Materiales y Método:** se realizó un estudio observacional descriptivo de corte con 42 pacientes, que fueron atendidos en la clínica de implantoprótesis de la facultad de odontología de la Universidad Complutense de Madrid. La información se obtuvo mediante el registro del impacto de la salud bucal durante el último mes (30 días), a través del Perfil de Impacto de Salud Oral-versión española (*OHIP-14sp*), el cual utiliza 14 preguntas (agrupadas en siete dimensiones) para medir dicho impacto, además, se realizó un examen clínico bucal y evaluación técnica de las sobredentaduras.

**Resultados:** Las dimensiones con mayor impacto en la salud bucal fueron el *dolor físico*, con las preguntas 3 (40.5%) y 4 (35.7%), el *malestar psicológico*, con la pregunta 5 (23.8%), la *incapacidad física* con la pregunta 8 (16.78%) y la *incapacidad psicológica* con la pregunta 9 (16.78%). Por el contrario, las dimensiones sin impacto en la salud bucal fueron *incapacidad social* (100%), *minusvalía* (100%); además de la *limitación funcional* con la pregunta 1 (97.6%). Con respecto al análisis del cuestionario *OHIP-14* de los 42 pacientes y las variables del estudio se obtuvo significación estadística por una  $p$ : 0,013 cuando la sobredentadura implanto-retenida; se combinaba con prótesis fija.

**Conclusión:** el estado bucal de pacientes con sobredentadura implanto-retenida, influye en la calidad de vida de los adultos mayores y afecta especialmente la sensación de dolor (*dolor físico*), y el estado de ánimo (*malestar psicológico*).

**Palabras clave:** *calidad de vida; impacto en salud bucal; OHIP-14sp (Perfil de Impacto de la salud oral/versión española); salud bucal; sobredentadura implanto-retenida; puntuación total OHIP-14.*

## 2. INTRODUCCIÓN.

La salud bucal es un componente fundamental de la salud general, siendo esencial en funciones como la alimentación, la comunicación, la apariencia física y la salud en general. Además, se relaciona con aspectos de carácter fisiológico, psicológico y social.

Es así, que se ha visto como en las últimas décadas, ha ido creciendo el interés en cuantificar, como el estado de la salud bucal afecta la función, el confort y la habilidad para el desarrollo de actividades cotidianas. En general, la medición de la disfunción, la discapacidad y las molestias físicas se puede usar en la evaluación de la afección de la enfermedad sobre los aspectos de la vida personal y social de los individuos. De este modo se puede decir, que la pérdida de los dientes en edad avanzada, también puede tener importantes efectos en diferentes aspectos de la calidad de vida de las personas (1,2).

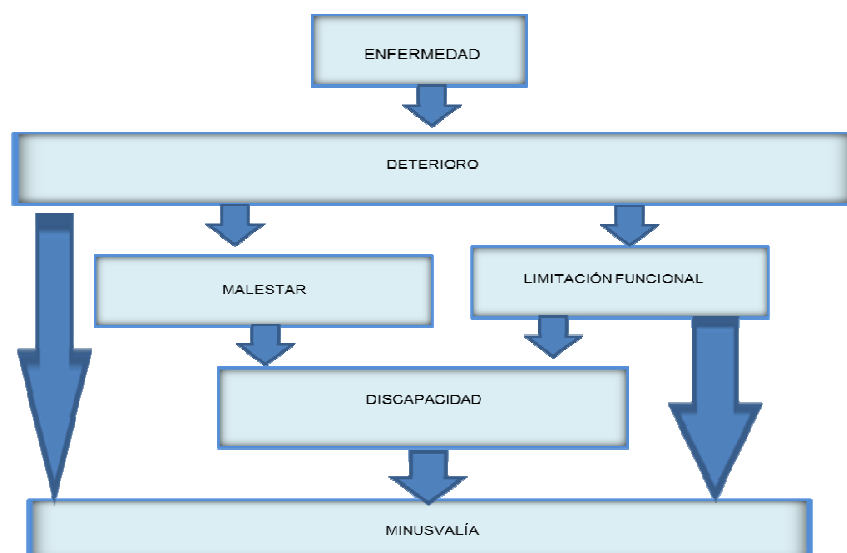
En 1991 la OMS definió la calidad de vida como *“la percepción de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y del sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, estándares e intereses”*, Es un concepto muy amplio que afecta de un modo complejo la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y su relación con las características más destacadas del entorno (3). Ante tal situación, se ha dado una progresiva preocupación por conceptualizar y evaluar la calidad de vida de los grupos humanos y su relación entre las condiciones de esta y la salud. En este sentido, se considera importante conocer la calidad de vida de cada individuo, así como los factores que contribuyen a modificarla ya sea de forma positiva o negativa, tanto en el estado de salud general como en el estado de salud bucal.

Puesto que valorar la calidad de vida según el estado de la salud bucal, puede ser subjetivo; al estar directamente influenciada por el tipo de personalidad, así como por el entorno donde vive y se desarrolla cada individuo, se han creado

instrumentos que permiten evaluarla con un enfoque metodológico y más objetivo. Estos instrumentos fueron desarrollados en el marco de un proyecto de colaboración entre varios centros en diferentes contextos culturales. Además, se demostraron las propiedades psicométricas de validez, fiabilidad y capacidad de respuesta que responda al entorno cultural en el que se aplica, manteniendo así la comparabilidad de los resultados a través de diferentes entornos culturales (3).

Entre estos instrumentos encontramos el cuestionario **OHIP** (Perfil de impacto de salud oral/ The Oral Health Impact Profile), desarrollado por *Slade* y *Spencer* en Australia en 1994, el cual es usado como un índice de medición del impacto social de las patologías bucales en la calidad de vida (1).

El modelo conceptual de este cuestionario está basado en el modelo de salud oral, adaptado para la odontología, por *Locker* en 1988 (4), de un modelo propuesto por la organización mundial de la salud (OMS), para la salud general. Del modelo de *Locker*, fueron identificadas las dimensiones conceptuales de la jerarquía del impacto social, que pueden originarse de las enfermedades orales. (Figura 1)



**Figura 1:** Modelo de Locker de salud oral.

Tomado De Locker 1988 (4).

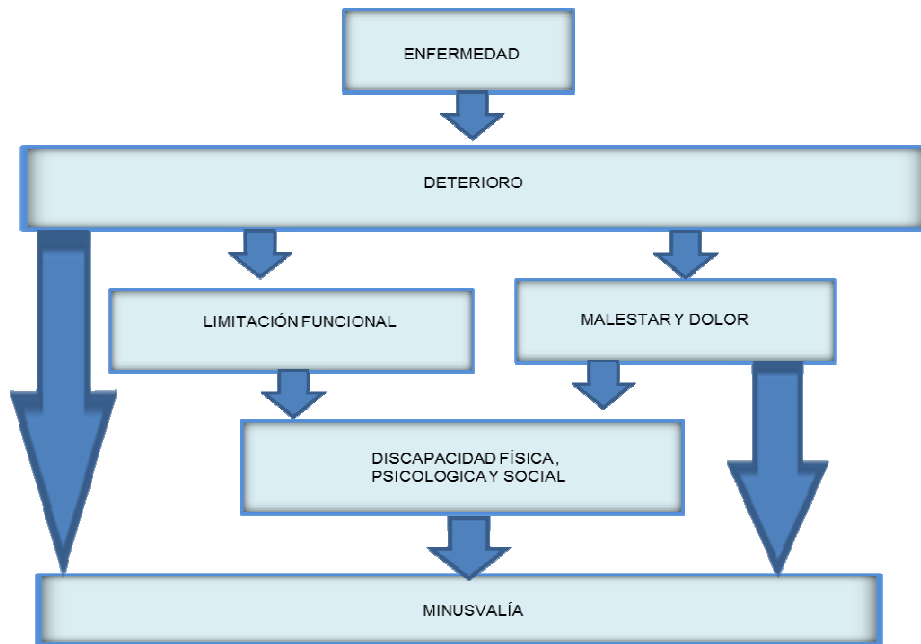
En este modelo, la enfermedad puede conducir al deterioro; definido este, como cualquier pérdida o anormalidad, donde la pérdida de los dientes puede ser un ejemplo. El deterioro puede entonces llevar a la limitación funcional, descrita como la pérdida de la función de partes o sistemas del cuerpo; por ejemplo, dificultad en la pronunciación de un sonido en particular. Otra consecuencia del deterioro puede ser dolor y molestias, ya sean físicas o psicológicas. Cualquiera de estas, puede llevar a discapacidad física, psicológica o social, descrita por *Locker* como cualquier limitación o falta de capacidad para realizar actividades cotidianas. Un ejemplo podría ser la mala pronunciación, la cual puede hacer que una persona no sea comprendida durante una conversación. Una consecuencia final es la minusvalía, caracterizada por la experiencia de desventaja, tal como una persona que experimenta problemas con su empleo debido a una incapacidad para comunicarse claramente (4).

*Slade* hizo una adaptación del modelo de salud oral de *Locker* para el desarrollo del **OHIP**. Según la cual; una enfermedad oral pueden llevar a la pérdida de dientes (deterioro). En algún momento esto puede llevar a dificultades en la masticación (limitación funcional) o a dolor, producto de las dentaduras (molestias). Eventualmente esto puede llevar a capacidad limitada para comer o a la necesidad de evitar alimentos favoritos (discapacidad). En casos extremos esto puede impedir a algunas personas comer fuera de casa o con su familia, llevándolo a sentirse en aislamiento social (minusvalía) (5).

(Figura 2)

El OHIP es un conjunto de preguntas que se derivaron de entrevistas en las que se indaga a las personas, sobre cómo su condición oral afectó sus vidas. A raíz de esto, los autores del cuestionario analizaron los resultados para determinar qué factores eran los más importantes para la gente. Las preguntas fueron hechas para cubrir lo que se esperaba y los casos relativamente raros de minusvalía; lo cual no salió de las entrevistas, pero que era importante para algunas personas de acuerdo al modelo *Locker*.





**Figura 2.** Adaptación de Slade del modelo de salud oral de Locker.

Tomado de Slade 1997 (6).

El OHIP original constaba de 49 preguntas organizadas en siete categorías o dimensiones, las cuales valoran la percepción psicosocial personal de cada individuo, como herramientas de estimación adicional al tradicional enfoque de las evaluaciones físicas. Este cuestionario puede ser autocumplimentado o administrado por un entrevistador.

Esta forma larga del **OHIP** es muy empleada en la práctica clínica con adultos mayores, donde el profesional de la salud cuenta con una base objetiva, para evaluar el impacto del estado de salud bucal en la calidad de vida.

Respecto del OHIP-49 desarrollado por *Slade y Spencer*, este presentaba limitaciones para su uso en las investigaciones de los servicios de salud, debido a su extensión; es por esto que *Slade* en 1997 validó una forma resumida y fácil de usar, con 14 preguntas (OHIP-14), conformado, al igual que el anterior, por siete dimensiones (cada una con dos preguntas) denominadas: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y minusvalía (6) (Figura 3).

DIMENSIÓN	TEMA DE LAS PREGUNTAS
	(dos preguntas por dimensión)
LIMITACIÓN FUNCIONAL	Dificultad para pronunciar palabras, cambio en el sabor de los alimentos.
DOLOR FÍSICO	Molestias dolorosas, incomodidad al comer algún alimento
MALESTAR PSICOLÓGICO	Preocupación o estrés.
INCAPACIDAD FÍSICA	Dieta insatisfactoria, interrupción de comidas
INCAPACIDAD PSICOLÓGICA	Dificultad para descansar, vergüenza.
INCAPACIDAD SOCIAL	Irritabilidad, dificultad para actividades cotidianas.
MINUSVALÍA	Vida insatisfactoria, incapacidad para actividades cotidianas.

**Figura 3.** Dimensiones y temas de las preguntas asociadas del OHIP-14.

Tomado de Nuttall 2001 (5).

Las respuestas se cuantifican con una escala tipo *Likert*, (6) codificada con valores que van de 0 a 4, donde el 4="muchas veces", 3="algunas veces", 2="ocasionalmente", 1="rara vez" y 0 ="nunca".

La puntuación del OHIP a partir de los valores antes citados, puede ser calculada por tres métodos. El primero, llamado *método de conteo simple* (OHIP-SC), consiste en un conteo del número de preguntas, para las cuales un sujeto responde "algunas veces" o "muchas veces". Esto reduce a una escala dicotómica de respuestas y da una indicación del número de impactos funcionales y psicosociales experimentado sobre una base regular. El segundo, llamado *método aditivo* (OHIP-ADD), consiste en sumar los códigos de las 14 preguntas. Este toma en cuenta todas las respuestas, mediante la inclusión de todos los impactos, independientemente de su frecuencia. El tercero, llamado *método estandarizado-ponderado* (OHIP-WS), los códigos de las respuestas son multiplicados por el peso de la pregunta y luego sumados para hacer sub-

escalas de puntuación. Estas puntuaciones fueron estandarizadas a una media y desviación estándar de 1 y luego sumadas para dar una puntuación total del OHIP. Los métodos OHIP-SC y OHIP-WS, fueron descritos inicialmente por *Slade* y *Spencer*. El método OHIP-WS, muestra mejor sensibilidad y especificidad que el método OHIP-SC, pero la magnitud de la mejora es relativamente pequeña. Por otra parte el método *OHIP-ADD* y el *OHIP-WS*, son virtualmente idénticos con respecto a la sensibilidad y la especificidad. (7)

Partiendo de todo lo antes referido, se propone como tema principal del presente estudio, la búsqueda y descripción de la relación o asociación entre la calidad de vida y la salud bucal de pacientes rehabilitados con sobredentadura implanto-retenida; mediante la aplicación del OHIP-14sp de *Slade* (*validado por Montero y colaboradores en España*); en pacientes de la clínica de implantoprótesis, de la facultad de odontología, de la Universidad Complutense de Madrid.

### 3. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.

#### 3.1. Justificación.

En España, se han realizado pocas investigaciones en el campo de la odontología; relacionadas con el tema de la calidad de vida. Una de ellas es la investigación de *Montero* y colaboradores (2009), quienes aportaron información referente a la importancia de usar los indicadores sociales en la medición de impactos bucales. Asimismo, en esta investigación fue validado el OHIP-14sp (versión española), en un grupo de adultos españoles; llegando a la conclusión que el OHIP-14sp es un instrumento preciso, fiable y valido para evaluar la relación entre la salud bucal y la calidad de vida de la población adulta en España (8,9).

Respecto a la población en España, la transformación de la estructura de edades constituye uno de los cambios más sobresalientes del siglo XX. La mejora de las condiciones de vida en las sociedades avanzadas conlleva cambios demográficos derivados de la reducción de las tasas de mortalidad y natalidad y el aumento de la esperanza de vida. Esto se ha traducido en un aumento del envejecimiento relativo de la población; fenómeno conocido como transición demográfica. En el 2009 la población que superaba los 65 años fue el 16.5%; donde el nivel de envejecimiento de las mujeres es mayor (16.6%), que el de los hombres (12%). Estos mismos datos, sitúan la esperanza de vida al nacer en España en 81.2 años, siendo mayor para mujeres (84.3 años), que para los hombres (78.2 años). Madrid se sitúa como la comunidad con mayor esperanza de vida al nacer, con 82.6 años, con una edad media de 40.8 años (10,11).

Los anteriores datos, muestran la importancia porcentual de la población mayor de 65 años en España. Esta población, en su mayoría, no es económicamente activa y, además, su condición de salud plantea un complicado esquema, el

cual engloba enfermedades crónico-degenerativas, limitaciones para la realización de actividades cotidianas, discapacidad y minusvalía (12).

Su perfil de morbilidad bucal se caracteriza por una prevalencia de caries dental y periodontopatías, que se constituyen en los principales factores responsables de la pérdida dental en este grupo de edad (8).

Estudios realizados en Australia y Estados Unidos sobre el impacto de las condiciones bucales en adultos mayores han reportado que las enfermedades bucales conllevan disfunción, falta de bienestar y discapacidad con predominante interés clínico, así como impacto al dolor, dificultad al comer y aislamiento (13,14). De igual forma, el estudio realizado por *Montero* y colaboradores, aporta evidencia referente a la salud bucal y su asociación con la calidad de vida en la población adulta de la ciudad de *Granada (España)*. Lo que conlleva a tener afecciones en la función, el estado de ánimo, la sensación de dolor bucal y su interacción en sociedad (8).

Los estudios de población en todo el mundo indican que un número creciente de adultos mayores mantienen sus dientes naturales en la vejez (15). Sin embargo, la carga de la enfermedad dental sigue siendo alta en los adultos mayores, y es probable que un número significativo de estos aún sigan perdiendo los dientes naturales. Por ejemplo, en el Reino Unido se prevé que el edentulismo no será erradicado en los próximos 30 a 40 años (16).

Los implantes dentales ofrecen la posibilidad de la estabilización de las prótesis dentales; tales como puentes fijos y sobredentaduras y por lo tanto pueden superar algunas de las limitaciones funcionales de las prótesis dentales convencionales. *Davis* (1998) describió el cambio en el paradigma de la terapéutica, del tratamiento de edentulismo, el cual ha ido pasando de prótesis removibles a prótesis osteointegradas (17). La cirugía y las posibilidades de restauración, sin duda, han aumentado con esta modalidad de tratamiento, pero no está claro si los pacientes sienten que las prótesis implanto-retenidas

restauran la función bucal igual que los dientes naturales. Este problema sólo puede ser resuelto mediante la evaluación del resultado de las diversas posibilidades de tratamiento del desdentado.

Resumiendo, vemos que la calidad de vida es esencial en todas las edades, pero en etapas avanzadas de la vida es de suma importancia, dado el aumento en la expectativa de vida que tienen los adultos mayores en España, es por esto que se demanda la realización de un mayor número de investigaciones que relacionen calidad de vida y salud bucal en este grupo poblacional. Es así que todo lo anterior deja plenamente justificado hacer este estudio, puesto que será el primero, en realizarse en la población adulta mayor, en España, que determinara el impacto de la salud bucal (*relacionado con la sobredentadura implanto-retenida*) en la calidad de vida de los pacientes atendidos en la clínica de implantoprótesis de la Universidad Complutense de Madrid. Además, los datos obtenidos de esta investigación, se constituyen en información relevante para la epidemiología y gerontología actuales.

### **3.2. Objetivos.**

#### **3.2.1. Objetivo general.**

La finalidad de este trabajo es relacionar la salud bucal con la calidad de vida de pacientes con sobredentadura implanto-retenida, atendidos en la clínica de implantoprótesis de la facultad de odontología de la Universidad Complutense de Madrid.

#### **3.2.2. Objetivos específicos.**

- 3.2.2.1.** Determinar los impactos de las dimensiones del *OHIP-14sp*, en la calidad de vida de los pacientes con sobredentadura implanto-retenida.
- 3.2.2.2.** Definir que combinación de prótesis con la sobredentadura implanto-retenida ofrece mejor calidad de vida.

## **4. MATERIALES Y MÉTODOS.**

### **4.1. Población de estudio.**

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte con los pacientes atendidos en la clínica de Implantoprótesis de la facultad de odontología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), entre 1997 y 2010.

La población la constituyó 133 adultos. De los cuales se trabajó con una muestra de 42 pacientes, mayores de 50 años, que viven en *Madrid (España)*. La selección de los individuos se realizó a través de un muestreo no probabilístico por disponibilidad de elementos, y de la siguiente manera:

Primero se realizó una búsqueda manual de los pacientes rehabilitados con sobredentadura implanto-retenida, luego se les contacto telefónicamente para informarles sobre el estudio y citarles para realizar el consentimiento informado, examen clínico y recolección de los datos del estudio y del cuestionario. De este primer paso solo 42 pacientes acudieron, ya que los demás no formaron parte del estudio por las siguientes razones: fallecimiento (16 pacientes), cambio de domicilio (38 pacientes), pérdida de implantes (9 pacientes), no desea participar del estudio (21), deterioro cognitivo (7).

La presente investigación se realizó siguiendo los principios éticos para investigación médica en seres humanos incluida la investigación del material humano y de información identificables de la declaración Helsinki, de la Asociación Médica Mundial y la *Ley 14/2007* de Investigación Biomédica en España. Por lo cual se solicitó el consentimiento informado (art. 4) a las personas que participaron del estudio, ya que se observó el estado de salud bucal de cada sujeto y se aplicó el cuestionario OHIP-14sp (18,19).

#### 4.2. Criterios de inclusión y de exclusión.

- De acuerdo con los criterios de inclusión establecidos, el grupo de estudio lo conformaron pacientes portadores de sobredentadura implanto-retenida, atendidos en la clínica de Implantoprótesis, de la UCM, entre 1997 y 2010; que aceptaron participar del estudio.
- Según los criterios de exclusión, no se incorporaron en el estudio aquellos pacientes que llevaban 30 días o menos con la sobredentadura y pacientes con deterioro cognitivo que impedía resolver el cuestionario.

#### 4.3. Material utilizado.

- **Historias clínicas:** de las cuales se tomaron los datos demográficos y los relacionados con el tratamiento de sobredentadura implanto-retenida.
- **Cuestionario OHIP-14sp:** se utilizó el *OHIP-14sp* (Perfil de Impacto de Salud Oral-versión en español), validado por *Montero* y colaboradores en el 2009 para la población adulta española. Este fue realizado por un encuestador (Investigador principal). El cuestionario consto de siete dimensiones de impacto ( limitación funcional, dolor físico, molestia psicológica, incapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad socia y minusvalía), cada una con dos preguntas, las cuales fueron respondidas de acuerdo a la frecuencia del impacto, con la escala de cinco puntos de *Likert*, codificados como: 4= "muchas veces", 3= "algunas veces", 2= "ocasionalmente", 1= "rara vez" y 0:= "nunca (6). Se empleó como periodo de recuerdo del impacto un mes (30 días). El cálculo de la puntuación del OHIP-14sp, se realizó por el método aditivo (7,8) (ver ANEXO A).
- **Registro de información:** En un formato universal en papel, se almacenó la información obtenida de las historias clínicas, del examen clínico y del cuestionario *OHIP-14sp*. A cada sujeto se le asignó una



cita de 1 hora, en la clínica de implantoprótesis de la UCM, en la cual se realizó el cuestionario *OHIP-14sp*, un examen clínico bucal y una encuesta para recabar información sociodemográfica y de su sobredentadura implanto-retenida. La información recogida se separó en diferentes categorías que se detallan a continuación. (ver ANEXO B)

***Datos demográficos:*** Sexo, edad, estado civil, grado de escolaridad, hábitos (tabaco y alcohol).

***Datos de la sobredentadura implanto-retenida:*** fecha de instalación, localización, sistema de retención, número y posición de los implantes, tratamiento combinado con: prótesis convencional completa, prótesis parcial removible o prótesis parcial fija.

***Datos clínicos:*** tiempo de edentulismo, evaluación de la mucosa oral (presencia: heridas/ulceras), presencia de candidiasis, cambios en la mordida, sensación de boca seca, necesidad de tratamiento odontológico, derivación a tratamiento odontológico, enfermedad sistémica.

***Cuestionario OHIP-14sp:*** formato en papel con el *OHIP-14sp*, el cual fue realizado por el investigador principal, en la clínica de implantoprótesis, de la UCM, mediante una entrevista con el paciente.

***Examen clínico bucal:*** Se realizó después de hacer el cuestionario. Lo ejecuto el investigador principal, en la clínica de implantoprótesis de la UCM, con instrumental básico para examen oral, bata, mascarilla y guantes. Se valoró tanto el estado bucal como el de la sobredentadura implanto-retenida, para después con esta información hacer una asociación con la calidad de vida de los pacientes y los resultados del *OHIP-14sp*.

#### 4.4. Definición de las variables.

##### 4.4.1. Variables demográficas:

- **Número de Identificación del paciente:** Números enteros entre el 1 y el 42, para numerar a cada uno de los pacientes del estudio.
- **Edad:** Edad del paciente expresada en años al momento de la cita.
- **Sexo:** división del género humano en dos grupos:  
Hombre / Mujer.
- **Grado de escolaridad:** Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un centro docente (20).

**No escolarización:** sin educación académica o sin aprendizaje en la escuela.

**Educación básica:** la educación primaria (EP) y la educación secundaria obligatoria (ESO) constituyen la educación básica española.

**Educación secundaria:** la educación secundaria se divide en educación secundaria obligatoria (ESO) y educación secundaria postobligatoria. Constituyen la educación secundaria postobligatoria el bachillerato y la formación profesional (FP) de grado medio o FPI en sus distintas disciplinas incluyendo las artísticas, plásticas y deportivas. Estos estudios se cursan en Institutos de Enseñanza Secundaria (IES).

**Educación superior:** Abarca los estudios universitarios (Actuales: Grado, Máster y Doctorado; en extinción: Diplomatura, Licenciatura y Doctorado), la formación profesional (FP) de grado superior, así como, las distintas enseñanzas artísticas, plásticas y deportivas superiores.

**Enseñanza de régimen especial:** Las enseñanzas de idiomas (a través de las escuelas oficiales de idiomas), las enseñanzas artísticas y las deportivas tendrán la consideración de enseñanzas de régimen especial.

- **Estado civil:** es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes (21).

**Soltero:** la persona que no ha contraído matrimonio.

**Casado:** persona que ha contraído matrimonio.

**Divorciado:** persona cuyo vínculo matrimonial ha sido disuelto jurídicamente.

**Viudo:** Se aplica a la persona cuyo cónyuge ha muerto y que no ha vuelto a casarse.

- **Hábitos:** es el comportamiento repetido de una persona regularmente (22).

**Fumador:** Incluyen tanto los individuos que consumen tabaco de forma habitual como los que lo hacen de forma esporádica (23).

**Alcoholismo:** se manifiesta por el hábito de beber repetitivamente en tal forma que se deduce que el bebedor perjudica su salud y su funcionamiento social y económico (23).

#### 4.4.2. Variables de la sobredentadura implanto-retenida:

- **Tiempo en años de instalación de la sobredentadura:** tiempo en años de instalación de la sobredentadura hasta el momento de la cita. Se agrupo de la siguiente manera:

Entre 1 y 5 años; entre 6 y 10 año; entre 11 y 15 años.

- **Localización de la sobredentadura:** Maxilar donde se encuentra la sobredentadura.

Superior, inferior o en ambos maxilares (Bimaxilar)

- **Sistema de retención:** sistema de retención usado en la sobredentadura:

Barra, bolas, locator, rotulas, magnéticos (imanes).

- **Localización de los implantes:** maxilar donde se encuentran los implantes:

- Superior, inferior.

- **Número de los implantes:** número de implantes de la sobredentadura:

- Uno, dos, tres, cuatro, cinco, seis.

- **Tratamiento Combinado:** además de la sobredentadura el paciente posee prótesis como:

- Prótesis convencional completa, prótesis parcial removible, prótesis parcial fija.

#### 4.4.3. Variables clínicas:

- **Tiempo en años de edentulismo:** tiempo años de edentulismo hasta el momento de la cita. Se agrupo de la siguiente manera:

Entre 1 y 5 años, 6 y 10 años, 11 y 15 años, 16 y 20 años.

- **Evaluación clínica de la mucosa bucal:** Inspección, en busca de lesiones bucales como úlceras, heridas y candidiasis causadas o asociadas al uso de la sobredentadura (24).
- **Úlceras:** lesiones crateriformes con halo eritematoso, con bordes afilados o engrosados.
- **Localización de la úlcera:** lugar de la boca donde se encuentra la úlcera: lengua, carrillo, reborde.
- **Presencia de heridas:** Aparecen cuando la mucosa bucal sufre irritación o golpe, lo que regularmente es ocasionado por golpe con el cepillo dental, aparatos o dentaduras desadaptadas, masticación inadecuada (especialmente de alimentos duros) y mordedura accidental en lengua o carrillos.
- **Localización de la herida:** lugar de la boca donde se encuentra la herida: lengua, carrillo, reborde.
- **Presencia de candidiasis:** infección causada por *Cándida Albicans*, tiene lugar en la superficie de la mucosa oral, donde adopta varias formas clínicas. Algunas son blancas y desprenden fácilmente, otras tienen un aspecto rojo brillante, por atrofia y erosión del epitelio; y a una intensa inflamación del tejido conjuntivo subyacente.
- **Cambios en la masticación:** Después de la colocación de la sobredentadura implanto-retenida la masticación de los alimentos cambio para: mejorar, empeorar, no tuvo cambios.
- **Sensación de boca seca:** sensación subjetiva de sequedad de la boca, caracterizada por insuficiente o incluso ausencia total de saliva (hiposialia o hiposecreción salival). Puede conllevar a problemas para masticar, tragar, saborear o hablar. Se presenta con frecuencia en pacientes mayores de 60 años y con medicación antihipertensiva y antidepresiva (25).

- **Enfermedad sistémica:** Presencia de enfermedades sistémicas diagnosticadas y bajo tratamiento médico, al momento de la cita. Se eligieron las siguientes patologías por ser las más frecuentes en el estudio: hipertensión arterial, diabetes tipo I, diabetes tipo II, hipercolesterolemia, cáncer, valvulopatía.
- **Necesidad de tratamiento odontológico:** con los datos arrojados tanto del examen clínico bucal como de la inspección de la sobredentadura, se determinó si era necesario **derivar**, para solución del problema odontológico; de la siguiente manera:

Se evaluó el estado técnico de cada prótesis; donde los siguientes aspectos relacionados con la sobredentadura fueron valorados (26, 27,28).

- La condición de la porción de acrílico de los dientes y de la base (necesidad de reparación o cambio).
- Adaptación estabilidad y retención de la sobredentadura implanto-retenida (necesidad de reparación o cambio).
- Oclusión (necesidad de reparación o cambio).
- Condición del sistema de retención (necesidad de reparación o cambio).

**Tipo de derivación:** según la problemática presentada se derivó al paciente para: Manejo y control de lesiones bucales o reparación / cambio de la sobredentadura.

#### 4.4.4 Cuestionario *OHIP-14sp*:

Este cuestionario evaluó como la condición bucal y el estado de la sobredentadura implanto-retenida afectó a la calidad de vida, **en el último mes**.

#### 4.5 Análisis de la información.

Se usó estadística descriptiva para todas las variables del estudio; incluyendo el *OHIP-14sp*. Para las variables demográficas, las variables relativas a la sobredentadura implanto-retenida y las variables clínicas, se realizaron tablas de frecuencia y medidas de tendencia central y de dispersión, teniendo como parámetro de comparación la puntuación total del *OHIP-14sp* que se calculó por el método aditivo (7,8). En el análisis del *OHIP-14sp* con estadística descriptiva se valoró cada una de las preguntas que lo conforman de acuerdo con el tipo de respuesta obtenida, al tiempo que se indicó su frecuencia. Después se estudiaron las dimensiones mediante el análisis de cada una de las respuestas a las preguntas del cuestionario, a fin de identificar los impactos. Como impactos se tomaron las respuestas rara vez (1), ocasionalmente (2), algunas veces (3) y muchas veces (4) y como no impacto la respuesta nunca (0).

También se llevó a cabo un conteo individual de los puntos obtenidos por las respuestas de este cuestionario. La sumatoria de esta puntuación, puede dar un valor entre 0 (no impacto) y 1 a 56 (impacto). A esta puntuación obtenida de la sumatoria total del *OHIP-14sp*, de los 42 pacientes, se le realizó la prueba de *Kolmogorov-Smirnov*, para establecer si la variable seguía una distribución normal o no; el resultado de dicha prueba nos mostró que la puntuación total del *OHIP-14sp* no sigue una distribución normal (ver Anexo C).

Como la variable *OHIP-14sp*, no sigue una distribución normal, se realizaron pruebas no paramétricas, para buscar diferencias estadísticamente significativas entre diversos grupos y la magnitud del impacto sobre la calidad de vida, medido a través de la puntuación total obtenida en el *OHIP-14sp*. Los grupos fueron conformados por pacientes con una característica particular (se tuvo en cuenta todas las variables del estudio). Para lo anterior, se utilizó la prueba de *Kruskal –Wallis* (para más de dos muestras independientes) y prueba de *Mann-Whitney* (para dos muestras independientes). Se utilizó un nivel de confianza del 95% y una significancia estadística ( $\alpha$ ) de 0.05%.

Los datos obtenidos fueron capturados y codificados en el paquete estadístico SPSS para Windows versión 17.

#### **4.5. Comunicación de resultados.**

Los resultados serán comunicados en sesiones de póster en congresos científicos de odontología y se preparará un artículo para publicar en revistas indexadas.



## 5. RESULTADOS.

La muestra estuvo integrada por un total de 42 adultos, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados en cuanto a las variables demográficas: el 54,8% (23), fueron mujeres, y el 45,2%(19), hombres; con una edad predominante entre 71 a 80 años (mínima de 50 años y máxima de 90 años). Donde el 78,6% eran casados, el 50% tenían un nivel de escolarización de educación secundaria. En cuanto a hábitos más del 90%, no registro ni habito de alcohol ni tabaco (Tabla 1,2,).

**Tabla 1.** GRUPO DE EDADES.

Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
50 a 60	4	9,5
61 a 70	13	31,0
<u>71 a 80</u>	<u>20</u>	<u>47,6</u>
81 a 90	5	11,9
Total	42	100,0

**Tabla 2.** NIVEL DE ESCOLARIZACIÓN.

Nivel de escolarización	Frecuencia	Porcentaje (%)
Educación básica	8	19,0
<u>Educación secundaria</u>	<u>21</u>	<u>50,0</u>
Educación superior	8	19,0
Enseñanza de régimen especial	1	2,4
No escolaridad	4	9,5
Total	42	100,0

De las variables relacionadas con la sobredentadura implanto-retenida, se obtuvo: el 64,3%, llevaban entre 1 a 5 años con la sobredentadura, el 69.0% se localizaba en el maxilar inferior, donde el 71.4% tenían barras como sistema de retención sobre 2 implantes (100%). El 54,8% de la muestra además, de la sobredentadura tenían prótesis total convencional en el maxilar opuesto y el 21.4% prótesis parcial fija (Tabla 3, 4, 5,6).

**Tabla 3.** LOCALIZACIÓN DE LA SOBREDENTADURA IMPLANTORETENIDA.

Localización de la Sobredentadura	Frecuencia	Porcentaje (%)
Maxilar superior	3	7,1
<u>Maxilar inferior</u>	<u>29</u>	<u>69,0</u>
Bimaxilar	10	23,8
Total	42	100,0

**Tabla 4.** SISTEMA DE RETENCION EN MAXILAR INFERIOR.

Sistema de retención	Frecuencia	Porcentaje (%)
<u>Barra</u>	<u>30</u>	<u>71,4</u>
Bolas	2	4,8
<u>Locator</u>	<u>7</u>	<u>16,7</u>
Total	39	92,9

**Tabla 5. PRÓTESIS CONVENCIONAL TOTAL.**

Prótesis convencional total	Frecuencia	Porcentaje (%)
<u>Si</u>	<u>23</u>	<u>54,8</u>
No	19	45,2
Total	42	100,0

**Tabla 6. OTROS TIPOS DE PRÓTESIS.**

Otros tipos de prótesis	Frecuencia	Porcentaje (%)
Prótesis parcial removible	5	11,9
<u>Prótesis parcial fija</u>	<u>4</u>	<u>9,5</u>
Total	9	21,4

De las variables clínicas, se obtuvo que: el 14,3% presento candidiasis, con necesidad de tratamiento farmacológico, el 31.0%, dijo tener sensación de boca seca, el 61.9 % de la muestra relato presentar cambios favorables en su masticación con el uso de la sobredentadura. En cuanto a la necesidad de tratamiento odontológico el 42.9%, lo necesito y de estos el 16,7% fue para reparación de la sobredentadura implanto-retenida. El 71.4% tenían algún tipo de enfermedad sistémica, de los cuales, el 40,5% padecían hipertensión arterial (Tabla 7, 8,9).

**Tabla 7. CAMBIOS EN LA MASTICACIÓN.**

Cambios en la masticación	Frecuencia	Porcentaje (%)
<u>Mejoró</u>	<u>26</u>	<u>61,9</u>
Empeoró	1	2,4
Sin cambios	15	35,7
Total	42	100,0

**Tabla 8.** SENSACIÓN DE BOCA SECA.

Sensación de boca seca	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Si</b>	13	31,0
<b>No</b>	29	69,0
<b>Total</b>	42	100,0

**Tabla 9.** TIPO DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Tipo de tratamiento odontológico	Frecuencia	Porcentaje (%)
<u>Reparación</u>	<u>7</u>	<u>16,7</u>
<b>Cambio</b>	5	11,9
<b>Manejo candidiasis</b>	6	14,3
<b>Total</b>	18	42,9

De los resultados obtenidos a través del cuestionario *OHIP- 14sp*, por método de frecuencias, se identificó una mayor tendencia general a la respuesta *nunca* (no impacto), en especial en las preguntas 11, 12,13 y 14 de las dimensiones de incapacidad social y minusvalía, con un porcentaje del 100%; seguido de *rara vez* y *ocasionalmente* (que representan impacto - ambas de la dimensión de dolor físico), con porcentajes de 28.6% (pregunta 3) y 11.9% (pregunta 4), respectivamente. (Tabla 10)

Por otra parte, las dimensiones con mayor impacto en la salud oral fueron el *dolor físico*, con las preguntas 3 (40.5%), y 4 (35.7%), el *malestar psicológico*, con la pregunta 5 (23.8%), la *incapacidad física* con la pregunta 8 (16.78%) y la *incapacidad psicológica* con la pregunta 9 (16.78%). Como se mencionó anteriormente, las dimensiones sin impacto en la salud oral fueron incapacidad social (100%), minusvalía (100%) además de limitación funcional con la pregunta 1 (97.6%) (Tabla 11).

**Tabla 10.**

**FRECUENCIA DE RESPUESTAS DEL INDICE OHIP-14sp**

Preguntas	Dimensiones	Nunca (0) n (%)	Rara vez (1) n (%)	Ocasionalmente (2) n (%)	Algunas veces (3) n (%)	Muchas veces (4) n (%)
	<b>LIMITACION FUNCIONAL</b>					
P1.	¿Has tenido dificultad para pronunciar palabras por problemas con tus prótesis?	41(97.6)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(2.4)
P2.	¿Has sentido que el sabor de tus alimentos empeora por problemas con tus prótesis?	33(78.6)	5(11.9)	1(2.4)	2(4.8)	1(2.4)
	<b>DOLOR FISICO</b>					
P3.	¿Has tenido molestias doloras en tu boca?	25(59.5)	12(28.6)	2(4.8)	2(4.8)	1(2.4)
P4.	¿Has encontrado incomodo comer algún alimento por problemas con tus prótesis?	27(64.3)	9(21.4)	5(11.9)	0(0.0)	1(2.4)
	<b>MALESTAR PSICOLOGICO</b>					
P5.	¿Has estado preocupado por problemas con tus prótesis?	32(76.2)	8(19.0)	1(2.4)	0(0.0)	1(2.4)
P6.	¿Has estado estresado por problemas con tus prótesis?	39(92.9)	0(0.0)	3(7.1)	0(0.0)	0(0.0)
	<b>INCAPACIDAD FISICA</b>					
P7.	¿Has tenido una dieta insatisfactoria por problemas con tus prótesis?	41(97.6)	1(2.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
P8.	¿Has tenido que interrumpir comidas por problemas con tus prótesis?	35(83.3)	6(14.3)	1(2.4)	0(0.0)	0(0.0)
	<b>INCAPACIDAD PSICOLOGICA</b>					
P9.	¿Has encontrado dificultad para descansar por problemas con tus prótesis?	35(83.3)	6(14.3)	0(0.0)	1(2.4)	0(0.0)
P10.	¿Has estado un poco avergonzado por problemas con tus prótesis?	38(90.5)	4(9.5)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	<b>INCAPACIDAD SOCIAL</b>					
P11.	¿Has estado un poco irritable con otra gente por problemas con tus prótesis?	42(100)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
P12.	¿Has tenido dificultad para realizar tus actividades diarias por problemas con tus prótesis?	42(100)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	<b>MINUSVALIA</b>					
P13.	¿Has sentido que la vida en general fue menos satisfactoria por problemas con tus prótesis?	42(100)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
P14.	¿Has sido totalmente incapaz de realizar tus actividades diarias por problemas con tus prótesis?	42(100)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

**Tabla 11.**

**AGRUPACION DEL OHIP-14sp CON RESPECTO AL IMPACTO Y NO IMPACTO**

Pregunta	Dimensiones	Impacto (1) n (%)	No Impacto (0) n (%)
	<b>LIMITACION FUNCIONAL</b>		
P1.	¿Has tenido dificultad para pronunciar palabras por problemas con tus prótesis?	1(2.4)	41(97.6)
P2.	¿Has sentido que el sabor de tus alimentos empeora por problemas con tus prótesis?	9(21.4)	33(78.6)
	<b>DOLOR FÍSICO</b>		
P3.	¿Has tenido molestias doloras en tu boca?	17(40.5)	25(59.5)
P4.	¿Has encontrado incomodo comer algún alimento por problemas con tus prótesis?	15(35.7)	27(64.3)
	<b>MALESTAR PSICOLOGICO</b>		
P5.	¿Has estado preocupado por problemas con tus prótesis?	10(23.8)	32(76.2)
P6.	¿Has estado estresado por problemas con tus prótesis?	3(7.1)	39(92.9)
	<b>INCAPACIDAD FISICA</b>		
P7.	¿Has tenido una dieta insatisfactoria por problemas con tus prótesis?	1(2.4)	41(97.6)
P8.	¿Has tenido que interrumpir comidas por problemas con tus prótesis?	7(16.7)	35(83.3)
	<b>INCAPACIDAD PSICOLOGICA</b>		
P9.	¿Has encontrado dificultad para descansar por problemas con tus prótesis?	7(16.7)	35(83.3)
P10.	¿Has estado un poco avergonzado por problemas con tus prótesis?	4(9.5)	38(90.5)
	<b>INCAPACIDAD SOCIAL</b>		
P11.	¿Has estado un poco irritable con otra gente por problemas con tus prótesis?	0(0.0)	42(100)
P12.	¿Has tenido dificultad para realizar tus actividades diarias por problemas con tus prótesis?	0(0.0)	42(100)
	<b>MINUSVALÍA</b>		
P13.	¿Has sentido que la vida en general fue menos satisfactoria por problemas con tus prótesis?	0(0.0)	42(100)
P14.	¿Has sido totalmente incapaz de realizar tus actividades diarias por problemas con tus prótesis?	0(0.0)	42(100)

Con respecto al análisis del cuestionario *OHIP-14sp* en los 42 adultos, portadores de sobredentadura implanto-retenida; por el criterio de impacto y no impacto, se observaron los siguientes datos: no impacto 28.6% (12 pacientes), e impacto: 71.4% (30 pacientes).

En la sumatoria total realizada a las respuestas del cuestionario *OHIP-14sp* de los 42 individuos se obtuvo una media de 2.67 puntos ( $DE \pm 2.99$ ), con un intervalo de 0 puntos (no impacto) a 13 puntos (impacto). Lo anterior refiere un impacto considerable de la salud bucal sobre la calidad de vida en la población de estudio, donde la dimensión con mayor impacto fue la 2 (*Dolor físico*) (Tabla 12).

**Tabla 12.**

**PUNTUACIÓN TOTAL DEL OHIP-14sp**

Puntuación total								
Dimensiones		1	2	3	4	5	6	7
<b>N</b>	42	42	42	42	42	42	42	42
<b>Media</b>	2,67	0,5000	1,1667	0,4762	0,2143	0,3095	0,0000	0,0000
<b>Error típico de la media</b>	0,462	0,18114	0,24556	0,13303	0,08018	0,1103	0,0000	0,0000
<b>Desviación típica</b>	2,993	1,17390	1,59139	0,8621	0,5196	0,7152	0,0000	0,0000
<b>Mínimo</b>	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Máximo</b>	13	5,00	8,00	4,00	2,00	3,00	0,00	0,00

En el análisis del cuestionario *OHIP-14sp* en relación a las variables demográficas se obtuvo una media en la puntuación total del *OHIP-14sp*, de 4.75 ( $DE \pm 2.87$ ), para el grupo de edad de 50 a 60 años, mostrando un mayor impacto de la salud bucal en la calidad de vida de estos pacientes, con respecto a los demás grupos de edad. En lo referente al sexo los hombres

mostraron una mayor influencia de la salud oral en la calidad de vida con una media de 3.05 ( $DE\pm 3.42$ ). A menor grado de escolaridad mayor impacto, demostrado por una media de 3.25 ( $DE\pm 2.50$ ) de los individuos sin escolarización. Los solteros y divorciados tuvieron mayor impacto con una media de 3.50 ( $DE\pm 2.12$ ) y 3.50 ( $DE\pm 4.95$ ) respectivamente.

En los individuos con hábitos, se observó mayor impacto en los fumadores con una media de 3.50 ( $DE\pm 2.12$ ) y sin habito de alcohol con una media de 2.74 ( $DE\pm 3.11$ ).

En las variables relacionadas con la sobredentadura implanto-retenida se encontró mayor impacto en sobredentaduras con un tiempo de uso entre 6 y 10 años, con una media de 3.73 ( $DE\pm 3.77$ ). Además, mayor impacto en las localizadas en ambos maxilares con una media de 4.10 ( $DE\pm 3.81$ ), los que tenían sistema de retención inferior de locator con una media de 4.00 ( $DE\pm 2.89$ ), y los que tenían en el maxilar opuesto prótesis parcial fija con una media de 4.75 ( $DE\pm 2.63$ ).

En las variables clínicas se observó mayor impacto en individuos que presentaban candidiasis, con una media de 3.17 ( $DE\pm 3.13$ ), úlceras con una media de 4.67 ( $DE\pm 3.51$ ), heridas con una media 3.75 ( $DE\pm 6.24$ ) y boca seca con una media de 3.77 ( $DE\pm 4.23$ ). En lo referente a la necesidad de tratamiento odontológico, los que necesitaron reparación de la sobredentadura presentaban una media de 5.29 ( $DE\pm 4.31$ ), siendo estos los que a su vez presentaban mayor impacto. También hubo impacto en los que relataron presentar cambios favorables en su masticación, con una media de 2.73 ( $DE\pm 3.24$ ). Por último los que presentaban algún tipo de enfermedad sistémica presentaron mayor impacto de la salud oral en su calidad de vida, especialmente los que padecían de hipertensión arterial, con una media de 3.00 ( $DE\pm 3.43$ ) (Tablas 13A-13C).



**Tabla 13A.**

PUNTUACIÓN TOTAL DEL OHIP-14sp Vs. VARIABLES DEMOGRAFICAS.

VARIABLES		PUNTUACIÓN TOTAL DEL OHIP-14sp		
		N válido	Media	Desviación típica
EDAD	50 a 60	4	4,75	2,87
	61 a 70	13	3,54	3,80
	71 a 80	20	2,05	2,48
	81 a 90	5	1,20	1,30
SEXO	Mujer	23	2,35	2,62
	Hombre	19	3,05	3,42
NIVEL DE ESCOLARIZACIÓN	Educación básica	8	2,87	3,36
	Educación secundaria	21	2,43	3,36
	Educación superior	8	3,00	2,33
	Enseñanza de régimen especial	1	1,00	
	No escolaridad	4	3,25	2,50
ESTADO CIVIL	Soltero	2	3,50	2,12
	Casado	33	2,67	3,15
	Divorciado	2	3,50	4,95
	Viudo	5	2,00	2,00
FUMADOR	Si	2	3,50	2,12
	No	40	2,63	3,04
HABITO ALCOHOL	Si	4	2,00	1,63
	No	38	2,74	3,11

**Tabla 13B.**

PUNTUACIÓN TOTAL DEL OHIP-14sp Vs. VARIABLES DE LA

SOBREDENTADURA IMPLANTO-RETENIDA.

VARIABLES		PUNTUACIÓN TOTAL DEL OHIP-14sp		
		N válido	Media	Desviación típica
AÑOS DE LA SOBREDENTADURA	1 a 5	27	2,52	2,74
	6 a 10	11	3,73	3,77
	11 a 15	4	,75	,96
LOCALIZACION DE LA SOBREDENTADURA	Superior	3	2,33	3,21
	Inferior	29	2,21	2,60
	Bimaxilar	10	4,10	3,81
RETENCION SUPERIOR	Barra	11	3,91	3,88
	Bolas	2	2,50	2,12
	Locator	0	.	.
	Rotulas	0	.	.
	Magnéticos (imanes)	0	.	.
RETENCION INFERIOR	Barra	30	2,53	3,07
	Bolas	2	,50	,71
	Locator	7	4,00	2,89
	Rotulas	0	.	.
	Magnéticos (imanes)	0	.	.
# IMPLANTE/SUPERIOR	Dos implantes	0	.	.
	Cuatro implantes	13	3,69	3,64
#IMPLANTE/INFERIOR	Dos implantes	39	2,69	3,02
	Cuatro implantes	0	.	.
COMBINADO CON PROTESIS TOTAL CONVENCIONAL	Si	23	1,87	2,69
	No	19	3,63	3,13
OTRO TIPO/PROTESIS	Prótesis parcial removible	5	1,80	,45
	Prótesis parcial fija	4	4,75	2,63

**Tabla 13C.**

PUNTUACIÓN TOTAL DEL OHIP-14sp Vs. VARIABLES CLÍNICAS.

VARIABLES		PUNTUACIÓN TOTAL DEL OHIP-14sp		
		N válido	Media	Desviación típica
AÑOS DE EDENTULISMO	1 a 10	15	2,93	2,19
	11 a 20	12	3,08	4,19
	21 a 30	2	,50	,71
	31 a 40	6	3,83	3,49
	41 a 50	6	1,17	,98
	51 a 60	1	,00	
CANDIDIASIS	Si	6	3,17	3,13
	No	36	2,58	3,01
ULCERAS	Si	3	4,67	3,51
	No	39	2,51	2,95
HERIDAS	Si	4	3,75	6,24
	No	38	2,55	2,58
CAMBIOS EN LA MORDIDA	Mejoro	26	2,73	3,24
	Empeoro	1	2,00	
	Sin cambios	15	2,60	2,72
ENFERMEDAD SISTEMICA	Si	30	2,70	2,95
	No	12	2,58	3,23
TIPO DE ENFERMEDAD	Hipertensión arterial	17	3,12	3,50
	Diabetes tipo II	2	3,00	1,41
	Hipercolesterolemia	4	2,00	2,16
	Cardiopatías	5	2,80	2,28
BOCA SECA	Si	13	3,77	4,23
	No	29	2,17	2,16
NECESITO TRATAMIENTO ODONTOLOGICO	Si	18	3,50	3,50
	No	24	2,04	2,44
TIPO DE TRATAMIENTO	Reparación SD	7	5,29	4,31
	Cambio SD	5	1,40	,89
	Manejo candidiasis	6	3,17	3,13

Las pruebas no paramétricas realizadas entre la puntuación total del cuestionario *OHIP-14sp*, con los diferentes grupos de las variables del estudio, solo mostraron diferencias estadísticamente significativas al 95% ( $p: 0.013$ ); en los individuos que no portaban prótesis total convencional, en los cuales el promedio (26.53) del impacto fue mayor (Tabla 14). Por ende tomando en cuenta el comportamiento del cuestionario *OHIP-14sp* en las variables relacionadas con la sobredentadura implanto-retenida, se puede inferir que existe una relación directa entre calidad de vida y el estado de la salud bucal de los individuos portadores de sobredentadura implanto-retenida.

**Tabla 14.**

Pruebas no paramétricas: Prueba de Mann-Whitney

Rangos

COMBINADO/PROTESIS CONVENCIONAL TOTAL	N	Rango promedio	Suma de rangos
<b>P/Total Si</b>	23	17,35	399,00
<b>No</b>	<u>19</u>	<u>26,53</u>	<u>504,00</u>
<b>Total</b>	42		

Estadísticos de contraste <sup>a</sup>

	PUNTUACIÓN TOTAL
U de Mann-Whitney	123,000
W de Wilcoxon	399,000
Z	-2,474
Sig. Asintót. (bilateral)	<u>0,013</u>

a. Variable de agrupación:  
COMBINADO/PROTESISCONVENCIONAL

En relación con las demás variables no se encontraron diferencias estadísticas, no obstante se puede observar que solo al 90% (p: 0.080), se presentaron diferencias estadísticas en las sobredentaduras implanto-retenidas inferiores, que tenían locator como sistema de retención con un promedio de impacto de 27.29 (Tabla 15).

**Tabla 15.**

Pruebas no paramétricas: Prueba de Kruskal-Wallis

**Rangos**

SISTEMA DE RETENCION INFERIOR	N	Rango promedio
<b>P/Total Barra</b>	30	19,00
<b>Bolas</b>	2	9,50
<b>Locator</b>	<u>7</u>	<u>27,29</u>
<b>Total</b>	39	

**Estadísticos de contraste<sup>a,b</sup>**

	PUNTUACIÓN TOTAL
Chi-cuadrado	5,053
gl	2
Sig. Asintót.	<u>0.080</u>

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación:  
SISTEMA DE RETENCION  
INFERIOR

## 6. DISCUSIÓN.

El *OHIP-14* es útil para identificar pacientes susceptibles de beneficiarse de prótesis implanto-retenidas; lo que es demostrado por los hallazgos de este estudio en el cual se encontró efecto o asociación entre el estado de la salud bucal de individuos con sobredentadura implanto-retenida, y la calidad de vida de los adultos mayores.

Al igual que lo encontrado en este estudio en otros estudios se afirma una mejora significativa en la calidad de vida de individuos (especialmente en las dimensiones de limitación funcional, incapacidad funcional e incapacidad psicológica), que portan sobredentadura implanto-retenida, pues estas ofrecen un mejor funcionamiento y comodidad para muchos pacientes en comparación con las prótesis convencionales (29, 30).

Resultados que coinciden con otras investigaciones como la realizada por *Barbieri y Rapoport (31)*, en Brasil (Sao Paulo), en adultos mayores empleando el cuestionario *OHIP-14*, donde estos también encontraron como el uso de sobredentadura implanto-retenida, mejoró la calidad de vida en los aspectos relacionados con la dimensión de limitación funcional (pronunciación y alimentación). También, se puede citar a *Awad y colaboradores (32)*, quienes en el 2003, encontraron que una sobredentadura mandibular retenida por dos implantes combinada con una prótesis convencional superior es un tratamiento más satisfactorio y con mayor calidad de vida, que cuando se tiene dentaduras convencionales bimaxilares, en desdentados adultos.

En este estudio los pacientes con sobredentadura implanto-retenida, refieren un aumento del nivel de satisfacción y en la mejoría de la masticación en comparación con los que son portadores de prótesis convencional; hallazgos similares al estudio de *Ellis*, quien comparó la masticación después de la colocación de implantes, para sobredentadura; y encontró como esta mejora después del tratamiento con prótesis implanto-retenida (33).

En cuanto a los datos demográficos obtenidos de este estudio, cabe señalar que en los hombres se observó un mayor impacto de su salud bucal sobre su calidad de vida, a diferencia de las mujeres, en quienes se identificó lo contrario; aunque dichas diferencias no fueron estadísticamente significativas, esta situación es comparable con lo encontrado por *Gonçalves* y colaboradores, quienes en su estudio, de diferencias entre sexos, relacionando salud bucal y calidad de vida; no hallaron diferencias estadísticamente significativas, tanto a nivel de las dimensiones como de la puntuación total entre hombres y mujeres (34).

En lo referente al sistema de retención usado, en la sobredentadura implanto-retenida, y su efecto en la calidad de vida, se observaron diferencias estadísticamente significativas (pero al 90 %), donde el sistema tradicional de bola, mostro menor impacto (mayor calidad de vida), que el sistema de locator; hallazgos que se explican, mas por el número de pacientes que tenían el sistema de bola, que por los beneficios de este en la calidad de vida; pues es visto como *Bilhan* y colaboradores encontraron lo contrario, en su estudio donde comparaban los sistemas de locator y bola en una muestra de 25 pacientes, y hallaron que el sistema de locator era igual o superior al sistema de bola (35,36). Situación que nos indica que es necesario ampliar la muestra de los grupos para en investigaciones futuras, obtener resultados más concluyentes y poder contrastar, mejor los datos relacionados con los sistemas de retención.

En cuanto a la evaluación de la condición de las sobredentaduras implanto-retenidas, para definir la necesidad de tratamiento odontológico, se encontró que los que requerían reparación de las prótesis, mostraron mayor impacto (por consiguiente menor calidad de vida); que los que requerían cambio. Hallazgos comparables con los de *Zani* y colaboradores, quien en su estudio, compararon la satisfacción con la condición de las prótesis de sus pacientes, y llegaron a la conclusión que los pacientes y prostodoncistas no utilizan los mismos criterios para evaluar el éxito del tratamiento; ya que los pacientes definen el éxito en términos de satisfacción personal, y los prostodoncistas lo definen de acuerdo

a los requisitos técnicos de la prótesis (37). Lo anterior muestra como la satisfacción de los pacientes con su tratamiento es sinónimo de calidad de vida.

Por último, los hallazgos de este estudio indican que la presencia o remanencia de los dientes naturales, pueden ofrecer un nivel mayor de satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud bucal de los adultos mayores (38). Lo que se puede constatar, en lo encontrado en este estudio cuando el valor de la puntuación total del *OHIP-14sp*, aumentaba en pacientes que presentaban dientes remanentes y prótesis parcial fija en el maxilar opuesto a la sobredentadura implanto-retenida, ( reflejado por una significación estadística de  $p: 0,013$ , cuando una sobredentadura implanto-retenida esta combinada con prótesis fija); pues a pesar de esta última, tener mejor comportamiento y función que la prótesis convencional completa; no logra superar la función y satisfacción, reflejadas en una mejor calidad de vida que es proporcionada por los dientes naturales remanentes.



## 7. RELEVANCIA CLÍNICA Y PERSPECTIVAS FUTURAS.

Generalmente los odontólogos, obtienen información sobre la salud de sus pacientes mediante la anamnesis, el examen físico y los exámenes de laboratorio. La anamnesis no se basa en preguntas estandarizadas sobre aspectos cotidianos, físicos, sociales, personales, el bienestar mental o la percepción de salud por parte del paciente. Por ello la información que se obtiene rara vez proporciona datos útiles para establecer conclusiones sobre la calidad de vida relacionada con la salud bucal del paciente. Para obtener un cuadro más completo del paciente, con datos cuantificables; útiles para establecer el diagnóstico, elegir el tratamiento y evaluar su éxito, se debe complementar la información clínica (historia clínica y pruebas de laboratorio) con datos obtenidos de cuestionarios psicométricos (*OHIP-14*), que miden calidad de vida relacionada con la salud bucal, tanto genérica como específica de una enfermedad. El contraste algunas veces obtenido entre las puntuaciones de estos cuestionarios y los datos biológicos (del examen clínico), puede sugerir el empleo de terapias alternativas, la presencia de más de un trastorno o la falla de los tratamientos empleados. El uso en la práctica clínica odontológica, de medidas que relacionan el estado de salud con la calidad de vida, puede facilitar la identificación precoz de los pacientes con síntomas no físicos, por ejemplo cuando la disfunción psicosocial precede a la disfunción física. Las medidas de calidad de vida relacionadas con la salud bucal, ofrecen al clínico nueva información sobre cómo actúan en la práctica los medicamentos, la cirugía y las diferentes formas de terapia odontológica (en nuestro caso particular la *sobredentadura implanto-retenida*). Es así, que cuando una investigación a través de estos cuestionarios, muestra que la calidad de vida de los pacientes sometidos a un determinado tratamiento mejora, los clínicos pueden usar esos datos para afirmar a sus pacientes que esa terapia es efectiva y viable.

Los adultos mayores generalmente no proporcionan en forma espontánea toda la información necesaria, debido a que creen que sus problemas forman parte

del proceso de envejecimiento. Es por esto que la evaluación funcional que proporcionan las mediciones psicosocial (*OHIP-14sp*), de calidad de vida y salud bucal, revela muchas veces alteraciones físicas, mentales o emocionales, que con solo la evaluación clínica no se detectarían.

Por lo tanto, la atención en salud deberá tener por *objetivo aumentar la capacidad funcional y el bienestar de las personas*, integrando los datos obtenidos a partir de las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud bucal en las historias clínicas de los pacientes.

La investigación actual está empezando a ofrecer resultados que correlacionan el estado funcional y el bienestar general con el funcionamiento psicológico. Los creadores de instrumentos para medir calidad de vida relacionada con salud, continúan perfeccionando y estandarizando las puntuaciones, así como también entregando nuevas medidas de salud que relacionen los resultados y los procesos, es decir la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

Para terminar: *El Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP-14sp)*, permite estimar el impacto social y funcional de las enfermedades bucales, en la calidad de vida, y así traducir estos hallazgos en medidas clínicas objetivas y evaluar la efectividad de los tratamientos odontológicos, para mejorar la calidad de los servicios de salud bucal, y por consiguiente la calidad de vida de los pacientes.

## **8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.**

- La muestra a pesar de ser considerablemente grande, su tamaño no permite que los individuos que la conforman sean representativos de la población general, lo que limitaría la validez externa de las conclusiones del estudio. No obstante, a pesar de ser una muestra pequeña y concentrada, los datos obtenidos de esta investigación, se constituyen en información relevante para estudios de epidemiología y gerontología actuales.
- No se aplicó a pacientes de diferentes servicios de implantoprótesis, lo que limitó la pluralidad tanto de la muestra como del tratamiento (Sobredentadura implanto-retenida). De igual manera esto podría mejorarse en futuros estudios, realizándose, a nivel multicéntrico.

## 9. CONCLUSIONES.

Los resultados obtenidos en esta investigación confirman la existencia del impacto de la salud bucal en la calidad de vida de los individuos con sobredentadura implanto-retenida, sobre todo en los que, además de la sobredentadura, tienen prótesis fija o prótesis convencional en el maxilar opuesto.

Los sujetos portadores de sobredentadura implanto-retenida acompañada con prótesis fija, en el maxilar opuesto, refirieron un mejor comportamiento de esta última, y por ende impacto y mayor calidad de vida (mejora en su calidad de vida relacionada con salud bucal), que los que tenían sobredentadura implanto-retenida y prótesis convencional completa en el maxilar opuesto.

Por otra parte, las dimensiones con mayor impacto en la calidad de vida de los pacientes, fueron el *dolor físico*, *el malestar psicológico*, la incapacidad física y la incapacidad psicológica; lo cual refiere implicaciones importantes de la relación salud bucal / calidad de vida; en la alimentación, el estado de ánimo y la relación con los demás.

Así, mismo las dimensiones sin impacto en la salud oral fueron incapacidad social y minusvalía; de lo que se puede inferir que los adultos mayores del estudio no presentan impedimentos o alteraciones, asociadas a su estado de salud o de su sobredentadura, para la realización de sus actividades cotidianas.

Para concluir, los hallazgos del estudio, deberán ser la base de prácticas de prevención, intervención temprana y rehabilitación de las diversas condiciones físicas y subjetivas que se vieron afectadas, en los pacientes portadores de sobredentaduras implanto-retenidas.

## **10. RECOMENDACIONES.**

A pesar que este estudio se llevó a cabo en una muestra pequeña, los resultados obtenidos aportan evidencia suficiente para impulsar este tipo de investigaciones, que sirven como referente para mejorar la calidad de los servicios de salud; conscientes de la problemática y atención pertinente de la población en general.

Asimismo, se recomienda el incremento actual y futuro de estas investigaciones que relacionan la calidad de vida y la salud bucal, a nivel de todas las especialidades odontológicas y sus diferentes grupos poblacionales.

## REFERENCIAS.

1. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health* 1994; 11:3–11.
2. Giedre B, Nary H, Padovani C, Monteiro W. A longitudinal study of quality of life of elderly with mandibular implant-supported fixed prostheses. *Clin Oral Impl Res* 2008; 19:704-708.
3. World Health Organization. Study Protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment Instrument (WHOQOL). *Quality of life Res* 1993; 2(2): 153-9.
4. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health* 1988; 5:3-18.
5. Nuttall NM, Steele JG, Pine CM, White D, Pitts NB. The impact of oral health on people in the UK in 1998. *Br Dent J* 2001; 190(3):121-127.
6. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent oral Epidemiol* 1997; 25:284-290.
7. Finbarr P, Locker D. Do item weights matter? An assessment using the oral health impact profile. *Community Dent Health* 1997; 14:133-138.
8. Montero J, Bravo M, Albaladejo A, Hernandez L, Hernandez LA, Rosel EM. Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009; 1(14):44-50.
9. Montero J, Bravo M, Vicente M, Galindo M, López J, Albaladejo A. Dimensional structure of the oral health-related quality of life in healthy Spanish workers. *Health and Quality of Life Outcomes* 2010, 8(24):1-9.
10. Fundación BBVA. La población en España 1900-2009. Cuaderno No. 51 Población 2010.

11. *Fundación BBVA. La Población de Madrid. Cuaderno No. 32 Población 2010.*
12. *Regidor E, Gutiérrez J. La Salud de la Población Española en el Contexto Europeo y del Sistema Nacional de Salud-Indicadores de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2005; 2-337.*
13. *Slade GD, Spencer AJ, Locker D, Hunt R, Strauss R, Beck J. Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario and North Carolina. J Dent Res 1996; 75(7): 1439-50.*
14. *Slade GD, Hoskin GW, Spencer AJ. Trends and fluctuations in the impact of oral conditions among older adults during a one year period. Community Dent Oral Epidemiol 1996; 24(5): 317-21.*
15. *Kelly M, Steele, JG Nuttall, N. Adult dental health survey. Oral health in the United Kingdom 1998. London 2000: The Stationary Office.*
16. *Allen P, McMillan A. A longitudinal study of quality of life outcomes in older adults requesting implant prostheses and complete removable dentures. Clin oral Impl Res 2003; 14: 173-179.*
17. *Davis D. The shift in the therapeutic paradigm: osseointegration. J Prosthet Dent 1998; 79:37-42*
18. *Ley 14/2007 de Investigación Biomédica. España.*
19. *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. (WMA) Principios éticos para la Investigación Ética que Involucra Sujetos Humanos. 59a Asamblea General de la WMA, Seúl, Octubre de 2008.*
20. *<[http://es.wikipedia.org/wiki/Educaci%C3%B3n\\_en\\_Espa%C3%B1a](http://es.wikipedia.org/wiki/Educaci%C3%B3n_en_Espa%C3%B1a)>. Fecha desconocida. Educación en España. España. [web en línea]. [con acceso el 26 de abril de 2011].*
21. *<[http://es.wikipedia.org/wiki/Estado\\_civil](http://es.wikipedia.org/wiki/Estado_civil)>. Fecha desconocida. Estado civil. España. [web en línea]. [con acceso el 26 de abril de 2011].*

22. <<http://www.wordreference.com/definicion/h%C3%A1bito>>. Fecha desconocida. Definición de hábito. España. [web en línea]. [con acceso el 26 de abril de 2011].
23. <[Ghttp://supercurso.sld.cu/supercursos/plonearticlemultipage.2006-05-19.2576033833/clasificacion-segun-la-cie-10-de-la-oms-1992](http://supercurso.sld.cu/supercursos/plonearticlemultipage.2006-05-19.2576033833/clasificacion-segun-la-cie-10-de-la-oms-1992)>. Fecha desconocida. Hábitos: Tabaco/Alcohol. España. [web en línea]. [con acceso el 26 de abril de 2011].
24. Sapp JP, Wysocki GW, Eversole LR. Patología oral y maxilofacial. contemporánea Capítulo 7 infecciones orales. 2ª ed. 2004 Madrid. Editorial ELSEVIER 2011. 464 págs. ISBN13: 978848174789-8.
25. Silvestre F, Jordá L, Martínez V. Tratamiento de la boca seca: puesta al día. *Med Oral, Patol Oral y Cir Bucal* 2004; 9 (4):273-279.
26. Cosme DC, Baldisserotto SM, Fernandes Ede L, Rivaldo EG, Rosing CK, Shinkai RS. Functional evaluation of oral rehabilitation with removable partial dentures after five years *J Appl Oral Sci* 2006; 14:111-116.
27. Ettinger RL, Jakobsen JR. A comparison of patient satisfaction and dentist evaluation of overdenture therapy. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25:223-227.
28. Henry PJ, Tolman DE, Bolender C. The applicability of osseointegrated implants in the treatment of partially edentulous patients: three year results of a prospective multicenter study. *Quintessence Int* 1993; 24:123-129.
29. Heydecke G, Penrod JR, Takanashi Y, Lund JP, Feine JS and Thomason JM. Cost-effectiveness of Mandibular Two-implant Overdentures and Conventional Dentures in the Edentulous Elderly. *J Dent Res* 2005; 84(9):794-799.
30. Att W, Stappert C. Implant therapy to improve quality of life. *Quintessence Int* 2003; 34(8):573-81.
31. Barbieri C, Rapoport A. Evaluation of the quality of life of patients rehabilitated with implant-muco-supported prosthesis and total conventional prosthesis. *Rev Bras Cir Cabeça e Pescoço* 2009; 38(2): 84 – 87
32. Awad MA, Lund JP, Dufresne E, Feine JS. Comparing the efficacy of mandibular implant-retained overdentures and conventional dentures among middle-aged



- edentulous patients: satisfaction and functional assessment. Int J Prosthodont* 2003; 16(2):117-22.
33. Ellis JS, Elfeky AF, Moynihan PJ, Seal C, Hyland RM, Thomason M. The impact of dietary advice on edentulous adults' denture satisfaction and oral health-related quality of life 6 months after intervention. *Clin Oral Implants Res* 2010 ;(4):386-91.
  34. Gonçalves J, Wassall T, Vieira S, Aparecido S, Florio F. The Impact of Dental Health in the Quality Between Men and Women. *Rev Odonto Social* 2004; 52(4):240-242.
  35. Bilhan H, Geckili O, Sulun T, Bilgin T. A Quality-of-Life Comparison between Self-Aligning and Ball Attachment Systems for 2-Implant-Retained Mandibular Overdentures. *J Oral Implantol* 2011; 37(2): 167-73.
  36. Kleis WK, Kämmerer PW, Hartmann S, Al-Nawas B, Wagner W. A comparison of three different attachment systems for mandibular two-implant overdentures: one-year report. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2010; 12(3):209-18.
  37. Zan S, Rivaldo E, Frasca L, Caye L. Oral health impact profile and prosthetic condition in edentulous patients rehabilitated with implant-supported overdentures and fixed prostheses *J of Oral Science* 2009; 5(4):535-543
  38. Allen PF, McMillan AS. A longitudinal study of quality of life Outcomes in older adults requesting implant prostheses and complete removable dentures. *Clin Oral Implants Res* 2003; 14:173–179.

## **ANEXOS**

## ANEXO A.

### Cuestionario OHIP-14sp (Perfil de Impacto de Salud Oral/versión en español)

Este cuestionario fue diseñado para evaluar como su condición oral y el estado de su sobredentadura afectó a su calidad de vida, **en el último mes**. Para cada una de las siguientes preguntas, marque con una X la respuesta que usted siente, es la mejor.

Pregunta	Dimensiones	Nunca (0)	Rara vez (1)	Ocasionalmente (2)	Algunas veces (3)	Muchas veces (4)
	<b>1. LIMITACION FUNCIONAL</b>					
P1.	¿Has tenido dificultad para pronunciar palabras por problemas con tus prótesis?					
P2.	¿Has sentido que el sabor de tus alimentos empeora por problemas con tus prótesis?					
	<b>2.DOLOR FISICO</b>					
P3.	¿Has tenido molestias doloras en tu boca?					
P4.	¿Has encontrado incomodo comer algún alimento por problemas con tus prótesis?					
	<b>3.MALESTAR PSICOLOGICO</b>					
P5.	¿Has estado preocupado por problemas con tus prótesis?					
P6.	¿Has estado estresado por problemas con tus prótesis?					
	<b>4.INCAPACIDAD FISICA</b>					
P7.	¿Has tenido una dieta insatisfactoria por problemas con tus prótesis?					
P8.	¿Has tenido que interrumpir comidas por problemas con tus prótesis?					
	<b>5.INCAPACIDAD PSICOLOGICA</b>					
P9.	¿Has encontrado dificultad para descansar por problemas con tus prótesis?					
P10.	¿Has estado un poco avergonzado por problemas con tus prótesis?					
	<b>6.INCAPACIDAD SOCIAL</b>					
P11.	¿Has estado un poco irritable con otra gente por problemas con tus prótesis?					
P12.	¿Has tenido dificultad para realizar tus actividades diarias por problemas con tus prótesis?					
	<b>7.MINUSVALIA</b>					
P13.	¿Has sentido que la vida en general fue menos satisfactoria por problemas con tus prótesis?					
P14.	¿Has sido totalmente incapaz de realizar tus actividades diarias por problemas con tus prótesis?					

## **ANEXO B.**

### **Encuesta y examen clínico bucal.**

**Número de Identificación del paciente:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** Mujer (0), hombre (1): \_\_\_\_\_

**Estudios realizados:** \_\_\_\_\_

Educación básica (0)

Educación secundaria (1)

Educación superior (2)

Enseñanza de régimen especial (3)

**Estado civil:** \_\_\_\_\_

Soltero (0)

Casado (1)

Divorciado (2)

Viudo (3)

**Hábitos:**

**Hábito de tabaco:** \_\_\_\_\_

Si: (1), No: (2).

**Hábito de alcohol:** \_\_\_\_\_

Si: (1), No: (2).

**Datos de la sobredentadura implanto-retenida.**

**Tiempo en años de instalación de la sobredentadura:** \_\_\_\_\_

Entre 1 y 5 años (1)

Entre 6 y 10 años (2)

Entre 11 y 15 años (3)

**Localización de la sobredentadura:** \_\_\_\_\_

Superior: (1), inferior: (2), Bimaxilar: (3)

**Sistema de retención:** \_\_\_\_\_

Barra (1), bolas (2), locator (3), rotulas (4), magnéticos (imanes) (5).

**Localización de los implantes:** \_\_\_\_\_

Superior (1), inferior (2).

**Número de los implantes:** \_\_\_\_\_

Uno (1), dos (2), tres (3), cuatro (4), cinco (5), seis (6).

**Tratamiento Combinado con prótesis convencional:** \_\_\_\_\_

Si: (1), No: (2).

Otra ¿cuál? \_\_\_\_\_

Prótesis parcial removible (0), prótesis parcial fija (1).

### **Datos del examen clínico bucal.**

**Tiempo en años de edentulismo:**

1 a 5 años (1), 6 a 10 años (2), 11 a 15 años (3), 16 a 20 años (4)

**Evaluación de la mucosa:**

**Presencia de úlceras:** \_\_\_\_\_

Si: (1), No: (2).

**Localización de la ulcera:** \_\_\_\_\_

Lengua (1), carrillo (2), reborde (3).

**Presencia de heridas:** \_\_\_\_\_

Si: (1), No: (2).

**Localización de la herida:** \_\_\_\_\_

Lengua (1), carrillo (2), reborde (3).

**Presencia de candidiasis:** \_\_\_\_\_

Si: (1), No: (2).

**Su masticación cambio para:** \_\_\_\_\_

Mejorar (1), empeorar (2), no tuvo cambios (3).

**Sensación de Boca seca:** \_\_\_\_\_

Si (1), No (2).

**Enfermedad sistémica:** \_\_\_\_\_

Si (1), No (2).

**En caso de ser afirmativo cual:** \_\_\_\_\_

Hipertensión arterial (1), diabetes tipo I (2), diabetes tipo II (3),  
hipercolesterolemia (4), cáncer (5), valvulopatía (6).

**Necesidad de tratamiento odontológico:** \_\_\_\_\_

Si (1), No (2).

**Se derivó para:** \_\_\_\_\_

Reparación de la sobredentadura (1), cambio de la sobredentadura (2),  
Manejo de lesiones orales (3).

## ANEXO C.

### Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

	Puntuación total OHIP-14sp
<b>N</b>	42
<b>Parámetros normales<sup>a,b</sup></b>	
<b>Media</b>	2,67
<b>Desviación típica</b>	2,993
<b>Diferencias más extremas</b>	
<b>Absoluta</b>	0,255
<b>Positiva</b>	0,255
<b>Negativa</b>	-,186
<b>Z de Kolmogorov-Smirnov</b>	<b>1,651</b>
<b>Sig. asintót. (bilateral)</b>	<u>0,009</u>

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

El resultado fue significativo (0.009), por lo tanto no sigue una distribución normal

